

ワクチン接種歴及び抗体価報告書

総務受領日・印	ICT受領日・印
月 日	月 日

下記空欄にご記入下さい

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
氏名			(満 歳)		
職種		(総務企画課記入)		(総務企画課記入)	
学生の場合 学校名 学部名	所属 (雇用形態)	入職日	西暦 年 月 日	見学日	西暦 年 月 日
	見学・実習 部署	研修・実習 期間	西暦 年 月 日～	西暦 年 月 日	
			西暦 年 月 日迄		

抗体価・ワクチン接種歴

麻疹	検査日	抗体価(EIA法)	当院基準値(EIA法)	ワクチン接種歴		
	西暦 年 月 日 (満 歳)		16以上	1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
			2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)	
風疹	検査日	抗体価	当院基準値	ワクチン接種歴		
	西暦 年 月 日 (満 歳)	(EIA法)	8以上	1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
		(HI法)	32以上	2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
水痘	検査日	抗体価(EIA法)	当院基準値(EIA法)	ワクチン接種歴		
	西暦 年 月 日 (満 歳)		4以上	1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
			2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)	
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	検査日	抗体価(EIA法)	当院基準値(EIA法)	ワクチン接種歴		
	西暦 年 月 日 (満 歳)		4以上	1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
			2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)	

抗体価・ワクチン接種歴の記入について

- ・ ワクチン接種歴が2回ある場合 → ワクチン接種記録を記入(抗体価検査は不要)
- ・ ワクチン接種歴が1回ある場合 → ワクチン接種記録、抗体価の記録を記入
※ 抗体価が当院基準値未満の場合はワクチン接種(1回)
- ・ ワクチン接種歴が0回の場合 → 抗体価の記録を記入
※ 抗体価が当院基準値未満の場合はワクチン接種(2回)
- ・ 抗体価が当院基準値以上の場合 → 抗体価の記録を記入
※ 抗体価が当院基準値以上の場合でもワクチン接種歴があれば記入
(感染防止対策上必要な情報となりますのでご記入下さい)

添付資料 ※ 書類はコピーを添付(原本はご自身で保管をお願いします)

- ・ 母子手帳、ワクチン接種証明書 (ワクチン接種歴、接種回数を証明できるもの)
- ・ 抗体価検査証明書 (抗体価を証明できるもの) ※ 抗体価はEIA法で検査、風疹はHI法も可

※ワクチン接種できない方(理由記載: アレルギー、妊娠、免疫不全、等)

※ 入職日、実習開始日1ヶ月前迄にご提出下さい(郵送可)

B型肝炎ワクチン接種歴及び抗体価検査報告書

抗体価検査

不明な方は採用時の健診にて確認いたしますので空欄でもかまいません。

検査日		抗体価	当院基準値
西暦	年 月 日		10以上
	(満 歳)		
検査法いずれかに○をつける		EIA法・CLIA法・RIA法・CLEIA法	

ワクチン接種歴※抗体価10以上の記録が無い方のみ記載

ワクチン接種歴(1クール目)		
1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
3回目	西暦 年 月 日	(満 歳)

ワクチン接種歴(2クール目)		
1回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
2回目	西暦 年 月 日	(満 歳)
3回目	西暦 年 月 日	(満 歳)